



TITLE:

ケアと臨床における距離の取り方

AUTHOR(S):

神崎, 宣次

CITATION:

神崎, 宣次. ケアと臨床における距離の取り方. 京都大学文学部哲学研究室紀要 2004, 7: 44-49

ISSUE DATE:

2004-12-10

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/24223>

RIGHT:

ケアと臨床における距離の取り方

神崎 宣次

本論では、ケアそのものについてではなく、ケアと倫理学と臨床の関係について論じたい。これらの三つの言葉は、その内の二つずつ組み合わせられて用いられることがある。例えばケアの倫理学や臨床倫理学という言葉は普通に使われているし、臨床とケアという二つの言葉の間には親近性があると考えられていることが多いと言ってよいだろう。つまり二つずつの組み合わせで考える限り、これら三つの言葉の関係はたやすく理解できるように思われる。しかし本当にそうだろうか。これらの言葉の間には意味のぶれがあるように私には思われる。本論の目的は、このぶれを示し、説明することにある。

上の段落でケアの倫理学や臨床倫理学という言葉が普通に使われるようになっていると述べたが、にもかかわらず、ある面でこれらの言葉はねじれた表現であるともいえる。というのは、そもそもそれ以前の倫理学や、いわゆる応用倫理学、特に医療倫理学や生命倫理学と対比されるものとして登場してきたという面がこれらにはあるからである。ケアが注目を集めた一つのきっかけは、大部分の倫理学が念頭においてきた「正義の倫理」という道徳性に関する見方以外に、「ケアの倫理」という別の道徳性に関する見方の存在を述べたキャロル・ギリガンの『もう一つの声』だった¹。典型的な倫理学のような抽象的で形式的な思考様式に対する、まさにもう一つの道徳性のありかた。よく知られていることだが、そのようなものとしてケアは注目されたのである。そして臨床倫理学もまた、哲学や倫理学²の抽象的で普遍性を主張する原理を臨床、すなわち個別の具体的な医療の現場に天下りの適用あるいは応用することに対する批判、あるいは反省といった方が適切なものかもしれないが、そのようなものを一つのきっかけとしているように思われる。つまり、ケアや臨床という言葉と、倫理学という言葉の間には矛盾ではないにしても、何らかの緊張関係があるということになるだろう³。

この緊張関係は、大部分の倫理学が抽象的かつ普遍的な原理を主張するものであるのに対して、ケアや臨床は具体的かつ個別的なケース（「それは一般的規則の一例（イグザ

ンプル)ではなく、ケース・スタディというときのそのケース」⁴⁾にかかわるものと通常考えられることから発しているのは明らかだろう。この緊張関係を解消するにはどうしたらよいのだろうか。考えられる一つの方向性は、倫理学が抽象性や普遍性を要求するのはそれが学問だからであるが、ケアや臨床の現場では、あるいはそのような現場に居る当事者たちにとっては、そのような学問が必要なわけではない、と考えることだろう。つまり、本論の冒頭で挙げたケアと臨床と倫理学という三つ組は不正確な組み合わせだったのであり、倫理学の代りに倫理を入れた、ケアと臨床と倫理という三つ組を考えるべきだった、というふうに言ってみればどうだろうか。ギリガンもケアの倫理 *ethic of care* と言っていたわけで、ケアの倫理学 *ethics of care* と言っていたわけではない。これを哲学の伝統に則って言えば、理論と実践の区別ということになるのだろう。しかしもちろん、理論と実践はそんなにきれいに切り分けることはできない。むしろここで重要なのは、上のような方針をとった場合に、倫理学者や哲学者のような理論家が実践の中ではたしてどのような役割を果しうるのかという論点が出てくるということである。

ケアや臨床の現場において、倫理学者が倫理学者として、いいかえれば固有の専門性あるいは技能を持った専門家として居場所を持つことができるのか(あるいは、もしかしたらできないのか)という問題に対しては、いくつかの提案がすでになされてきている⁵⁾。たとえば中岡成文は、倫理学者の役割を、さまざまな立場の利害や議論の接点の発見や交渉を仲介する「一種のコーディネーター」⁶⁾と捉えることを提案している。また別の例を挙げるなら、清水哲郎は、言葉の専門家である哲学者の役割とは「実践家に付き添う書記」であり、実践の場を記述し、分析し、整理することだと述べている⁷⁾。

この二人が述べている内容には共通点がある。それは現場との距離の取り方である。中岡の言う「コーディネーター」は、現場に居ながら、さまざまな立場の仲介者という役割ゆえに、自らは何らかの立場をとるわけにはいかないだろう。つまり、いかなる特定の立場からも距離を取らざるをえない、ということになる。また、清水の言う「実践家に付き添う書記」も実践家そのものではない。実践家が活動する現場に参加しながらも、実践そのものには携わることはない。両者とも現場に居ながら、同時にそこで行われていることから多少なりとも身を引いている。いいかえれば、両者とも現場に居場所を持つ関係者でありながら、そこで行われていることの当事者ではない。「付き添う(=付き添い)」という清水の表現は、言葉の専門家の仕事として、まさに正確なものだというべきではないだろうか。

倫理学者に対する二つの役割規定に、共通してこのような距離感が込められているのはなぜだろうか。その理由として一つ考えられるのは、次のような二つの相反する批判が応用倫理学者に対してよくなされたからではないだろうかというものである。つまり、一方では、倫理学者は現場を知らないし、もっとよく知るべきだという批判があり、他方、理論では実践上の問題を解決できないという批判もあった。そしてこの二つの批判を組み合わせると次のような決定的な批判が完成する。すなわち、倫理学者は現場を知るべきだが、現場を知ったとしても実際には役に立つわけではない、と言われていることになってしまう。現場へのアプローチを要求しながら否定するこのような批判に答える一つの方法として考えられるのが、上で説明したような距離の取り方ということになるのではないだろうか。

今述べたことを別の言い方で、もう少し細かく述べ直してみよう。倫理学者は倫理学者として、すなわち専門家として発言するためには、もっと正確な知識を持たねばならない、というのが批判の前半部だった。そして批判の後半部は、倫理学者の専門知識や技能が現場で行われていることに直接必要なわけではない、と言い直すことができるだろう。このように言い直すと、この後半部は二つの場合に場合わけすることができるようになる。一つ目は、現場で行われることに直接必要なのは別の専門家だということが言われている場合である。清水の議論はこれに答えようとしたものだと考えられるだろう。この批判の後半部のもう一つの解釈として、その現場で行われることには倫理学者に限らず専門家は特に必要とされているというわけではない、という場合が考えられる。中岡の議論はこちらの場合にもあてはまる。だが、もしかしたらこちらの場合がよりあてはまるのは、鷲田清一の議論かもしれない。

中岡と共に臨床哲学という試みを進めている鷲田だが、少なくとも『「聴く」ことの力』では、哲学者・倫理学者の役割(あるいは哲学の役割と言った方が本当は適切なものかもしれないが)について、上で説明した中岡とは少し異った言い方をしている。「ケアするひとをケアしようとしているひと(《臨床哲学》を試みる者)」⁸という表現がそれである。この表現に示されている《臨床哲学》を試みる者もまた、その場に居合せながら、最初のケアそのものに関わるものではない⁹。上で論じたのとはまた少し異なったニュアンスではあるが、鷲田の表現にも距離の感覚が込められているように思われる。たとえば、相手とコ・プレゼンスしながら、しかしそのプレゼンスは「無距離のプレゼンス」ということではなく、「そこには距離というものがなくてはならない」とも述べられている

るように¹⁰。

しかし、《臨床哲学》を試みる者とは誰のことなのだろうか。わざわざこのような表現が用いられていることからして、専門家としての哲学者(哲学研究者)のことではないのだろう。臨床哲学について語る際に、なぜ「場所」ということを最初に問題にするのかを語った箇所、鷺田は次のように記している。

...「臨床」という、人々の「苦しみの場所」とでもいうべき場所において、わたしが、名前をもった特定のだれかとして、別のだれかある特定の人物にかかわってゆくことになぜ、哲学的思考が格別の意味をもちうるのかが示されなければ、臨床哲学などは必要なく、ただ臨床的行為があれば足りるからである。哲学者としてその場に居合わせるのではなく、たとえば家族、友人として、あるいはひとりの市民としてそこに居合わせるだけでじゅうぶんだからである。哲学する者として居合せながら、しかもその他者にとって「だれ」という特定の顔をもった個人としてそこにいることという、ある意味では矛盾することをともに求められる場というものが、不可避のものとして、あるいは、少なくともあればよりよいものとして、確定されるのでなければ臨床哲学の存在意味はなくなる...¹¹

鷺田本人の意図とは別に、この箇所は「哲学者としてその場に居合わせる」ことの過剰さ¹²を述べてしまっているというふうにも読まれてしまうだろう。ここで鷺田の言う「哲学者」は専門家としての哲学研究者のことではないのだが¹³、ともかく倫理は倫理学者にしか問えないものではないし、哲学も哲学者(= 哲学研究者)の専売特許ではない。「聴く ことを哲学するのではなくて、聴く ことがそのまま哲学の実践となるような哲学」は¹⁴、研究者の専門的技能ではないだろう。

ここまでの議論によって、次のように言うことができるかもしれない。専門家としてのそれであるかにかかわらず、ケアの倫理や臨床倫理などに関わる哲学者あるいは倫理学者は、その場に居合わせる関係者ではありえても、当事者として関わるというわけではない。この独特な距離の取り方こそが、ケアや臨床といった問題に対して哲学や倫理がとりうる態度ではないかと考えられる。

しかし、このように言った途端、実践ではなく、理論としての倫理学に関わっている者としては、このような態度をとるものとして倫理学を考えることに対して反論を述べ

たくもなる。このように考えることは、関係者であるということの特権化してしまいはいないだろうか。たまたま現場に居合せなかった者には、そこであったことに関する関係者の「証言」を批判的に検証することはできないかもしれない。つまり、臨床とかケアに関わる問題に関して、「総合的に判断して」とか「ケース・バイ・ケースに考えて」¹⁵ ということになりましたと語るのを聞いても、「ああそうですか」と答える以外に答えようがないのではないだろうか。倫理学者が臨床やケアについての特定の具体的なケースについて語る時には、それに対して第三者による批判的検討が可能なかたちで語らなければ意味がない。まさしくケース・スタディーという時の意味でのケースを語らなければならないのである。

デイヴィッド・ロスマンは、アメリカの医療倫理の歴史を、病室という密室における医師の絶対的決定権に対抗するために、密室を開放して多数の第三者(ここには倫理学者や法律家などが含まれる)をベッドサイドに引き入れていった過程として描写した¹⁶。すなわち、医療倫理あるいは生命倫理の成立自体が、それまで現場に居合せなかった非関係者からのチェックや介入を受けいれることによっていたのである。このことは倫理学者が関係者の中に入ろうとし、実際にある程度はそうなった現在でも重要だろう。倫理学者は、臨床やケアの現場の中で距離を取るだけではなくて、少なくともある局面においては現場からも距離を取って、問題を批判的に検討する視点も持たなければならない。もちろん、現場の中で距離を取ることが口で言うほど易しくはないだろうと思われるのと同様に、現場の内と外とを自由に行き来するというのも言葉で言うほど易しくはないだろう。というよりも、そのような距離感を言葉で正確に言い表すこと自体が、応用倫理学にとって重要ではあるけれど困難な課題なのである。それでも倫理学者はこの課題に取り組まなければならない。なぜなら、倫理学者自体が関係者となることも多くなった今では、そうしなければ、再び病室を関係者以外立ち入り禁止の密室にしてしまうことになりかねない。それは倫理学という学問にとってのみならず、ケアや臨床という倫理に関わる実践にとっても、いいことではないだろう。

1 キャロル・ギリガン 1986: 『もう一つの声』, 川島書店.

- 2 本論では、哲学と倫理学を区別しない。
- 3 もちろんこの問題は以前からきちんと意識されており、たとえば、ケアの倫理と正義の倫理が両立するのかという問いのかたちで表現されている。この問いに対する、二つの倫理は両立するという主張の例については、マクミランの *Encyclopedia of Bioethics*, 1995, vol.1 の care の項目:p.339. を参照のこと。また、鷺田清一の次のような記述もみよ。「『臨床哲学』は、...三つの「非・哲学」(non-philosophy, a-philosophy)的ないしは「反・哲学」(anti-philosophy)的な視点に立つ」 鷺田清一 1999: 『「聴く」ことの力』, TBSブリタニカ, p.107.
- 4 鷺田:p.108.
- 5 日本倫理学会でも、少なくとも二度、倫理学における現場の問題についての集団的な討論が行われている。一度は一九九九年の第五十回大会シンポジウム「二〇世紀・倫理学への問い」での全体討議(この時の議論の内容については『倫理学年報』第四十九集にその記録が掲載されている)。もう一度は、二〇〇四年の第五十五回大会のワークショップで行われた。
- 6 中岡成文 2004: 『岩波応用倫理学講義 1 生命』, 岩波書店, p.54.
- 7 清水哲郎 1997: 『医療現場に臨む哲学』, 勁草書房, p.4.
- 8 鷺田:p.237.
- 9 「伴走者としてのいとなみ」という、清水の「付き添う」という表現に近い表現もこの著作には出てくる。p.235.
- 10 鷺田:p.208. また「どっちつかず」という表現もつかわれている。臨床哲学の「どっちつかず」さは「ケアするひととその自己理解を部分的にも「仲介」するいとなみ」(p.255) とされており、この点において、中岡との哲学者の役割に関する考え方の共通点が示されている。
- 11 鷺田:p.53.
- 12 田中伸司 2002: 「「臨床人間学の方法論的構築」の可能性・臨床哲学と臨床倫理学の批評を介して・」, 平成 12・13 年度科学研究費補助金(基盤研究(C)(2)) 研究成果報告書『いのちとところに関わる現代の諸問題の現場に挑む臨床人間学の方法論的構築』, p.21.
- 13 鷺田:p.18. の記述を参照のこと。
- 14 鷺田:p.235.
- 15 清水哲郎 2000: 『医療現場に臨む哲学 2』, 勁草書房, p.185 注 1. 清水はここで従来の臨床倫理では個別のケースの検討において、このような傾向があったと述べている。それに対して、彼自身の考える臨床倫理的な判断は公共的なものでなければならず、同タイプのケースに対して同じ結論を導くような原則が必要であるとしている。そのため、清水の議論には、筆者がここで展開している批判はあてはまらないように思われる。
- 16 ディヴィッド・ロスマン 2000: 『医療倫理の夜明け』, 酒井忠昭監訳, 晶文社. Strangers at the Bedside: A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making. という原タイトルが、全体のストーリーを一言で表わしている。

(京都大学大学院文学研究科研究員(COE))